

## Versicherungs- und Gesundheitskarte

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Hausarzt (Adresse) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Nr. Hausarzt \_\_\_\_\_

Namen und Adresse der Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

Unfallversicherung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gesundheitszustand (Bsp. kürzliche Krankheiten) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung \_\_\_\_\_

Ich bin  Schwimmer  Nichtschwimmer

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontaktadresse von Angehörigen (während des Lagers) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_